

بررسی میزان خطاهای انسانی در فرآیند پذیرش بیماران در اتاق عمل در بیمارستان‌های منتخب دانشگاه علوم پزشکی اصفهان (۱۳۹۶)

سعید جزینی درجه ۱، محمد قاسم‌بندی^۲، جابر ذبیحی راد^{۳*}

۱- کارشناس ارشد اتاق عمل، تکنولوژیست ارشد اتاق عمل بیمارستان حجت ابن‌الحسن العسگری اصفهان، اصفهان، ایران

۲- کارشناس ارشد اتاق عمل، مربی، عضو هیات علمی گروه اتاق عمل، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، کاشان، ایران

۳- کارشناس ارشد اتاق عمل، مربی گروه اتاق عمل، دانشکده پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد الیگودرز، الیگودرز، ایران

Journal of Education and Ethics in Nursing, Vol.8, No.3&4, Fall & Winter 2020

چکیده

مقدمه: جراحی، نقش عمده‌ای در مراکز درمانی در دنیا ایفا می‌کند. بیمارانی که تحت عمل جراحی قرار می‌گیرند به مراقبت پرسنل اتاق عمل نیازمند هستند. اما پرسنل هر اندازه با تجربه، متعهد و بادقت باشند، ممکن است در انجام وظایف حرفه‌ای خود دچار خطا شوند. آشکارسازی خطاها به عنوان پایه و اساس حفظ و ارتقای ایمنی بیماران شناخته شده است. یکی از زمان‌های حساس و پرمخاطره از نظر بروز خطا، پذیرش بیمار جراحی می‌باشد. از این رو پژوهش حاضر با هدف بررسی خطا در فرآیند پذیرش بیمار در اتاق عمل انجام گردید.

روش کار: این پژوهش، تحقیقی توصیفی-مقطعی، که در اتاق عمل بیمارستان‌های منتخب دانشگاه علوم پزشکی اصفهان (۱۳۹۶) انجام گرفت. ابزار پژوهش پرسشنامه محقق ساخته، شامل: اطلاعات دموگرافیک و ۱۱ سؤال در مورد میزان خطا در فرآیند پذیرش بود. داده‌ها با نرم افزار SPSS-21 و آزمون‌های آمار توصیفی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: به طور کلی ۲۱۲ نفر پرسشنامه‌ها را به طور کامل تکمیل کردند که میانگین درصد خطا در فرآیند پذیرش در اتاق عمل ۲۹/۴ درصد بود به ترتیب مواردی از جمله زمان ناشتا بودن بیمار (۴۰/۲ درصد) ارتباط صحیح با بیمار (۳۹/۷ درصد)، دارای بیشترین درصد خطا و کم‌ترین میزان خطا مربوط به چک محل و سمت عمل جراحی (۱۱/۵ درصد) بود.

نتیجه‌گیری: با توجه به بروز خطا در فرآیند پذیرش بیمار در اتاق عمل‌ها، که می‌تواند زمینه‌ساز مشکلات و خطراتی گردد، پرسنل و مسئولین اتاق عمل باید تدابیر لازم را جهت ریشه‌یابی و کاهش میزان این خطاها به کار بندند.

واژگان کلیدی: خطاهای پزشکی، اتاق عمل، مراقبت‌های قبل از عمل جراحی

J Educ Ethics Nurs 2020;8(3&4):1-6

مقدمه

شبان، غیرقابل پیش‌بینی بودن وضعیت بیماران، عدم تجدید قوا و استراحت ناکافی، موجب خستگی روحی و روانی پرسنل درمانی و افزایش احتمال بروز خطاهای کاری می‌شود [۷].

خطاهای انسانی شامل حوادثی چون اشتباهات دارویی، خطا در شناسایی بیمار و خطا یا تأخیر در تشخیص می‌باشد. علاوه بر این موارد، ممکن است خطاهای جراحی به صورت جراحی در محل اشتباه (wrong site)، شیوه اشتباه (Wrong Procedure) و اشتباه در تشخیص که منجر به انجام جراحی غیرضروری یا تأخیر در انجام عمل جراحی ضروری می‌شود، رخ دهد. چنین خطاهایی می‌تواند منجر به ایجاد پیامدهای چشمگیر برای

وسعت و پیچیدگی مراقبت‌های بهداشتی و درمان هر روز در حال افزایش بوده که این پیچیدگی شامل تعدد پرسنل و مراقبان بهداشتی، تصمیم‌گیرندگان و تجهیزات پزشکی است [۱-۲]. با وجود پیشرفت‌های تکنولوژی در نظام سلامت، خطاهای پزشکی همچنان ایمنی بیمار را در مراقبت‌های بهداشتی تهدید می‌کنند [۳-۴]. در این بین، خطاهای انسانی اتفاقاتی تصادفی هستند که در مواردی قابل پیش‌بینی و در مواردی غیرقابل پیش‌بینی هستند [۵]. پرسنل هر چه قدر هم با تجربه، متعهد و با دقت باشند، ممکن است در انجام وظایف حرفه‌ای خود دچار خطا شوند [۶]. شیفت‌های متوالی، کمبود کادر درمانی، کار

*نویسنده مسئول، نشانی: کارشناس ارشد اتاق عمل، مربی گروه اتاق عمل، دانشکده پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد الیگودرز، الیگودرز، ایران.

پست الکترونیک: radjaber@yahoo.com

تلفن همراه: ۰۹۱۰۷۶۴۹۷۰۷

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۰۸/۰۸

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۰۴/۰۹

عمل بیمارستان‌های منتخب دانشگاه علوم پزشکی اصفهان (۱۳۹۶) انجام گردید. جامعه پژوهش در این بررسی، تمام پرسنل اتاق عمل شاغل در بیمارستان‌های منتخب شهر اصفهان بود. حجم نمونه طبق فرمول زیر ۲۰۲ نفر تعیین شد که با احتساب احتمال ریزش ۱۰ درصد از حجم نمونه‌ها، تعداد نمونه‌ها ۲۲۲ نفر در نظر گرفته شد.

$$n = \frac{Z_{1-\frac{\alpha}{2}} P(1-P)}{d^2}$$

معیارهای ورود به تحقیق شامل داشتن حداقل مدرک کاردانی اتاق عمل یا پرستاری و همچنین سابقه کاری حداقل ۶ ماه مداوم در شیفت در اتاق عمل بود و نمونه‌ها در صورت نقص در تکمیل پرسشنامه از پژوهش خارج گردیدند که ۱۰ نفر از تحقیق خارج شدند.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها بر اساس پرسشنامه محقق ساخته بود. این پرسشنامه شامل دو بخش بود، بخش اول شامل: اطلاعات دموگرافیک و بخش دوم شامل: ۱۱ سؤال پیرامون خطاهای پرسنل اتاق عمل در مرحله قبل از شروع جراحی بود. مؤلفه‌های این پرسشنامه شامل: ارتباط با بیمار، کنترل سوابق و مستندات پرونده بیمار و ارزیابی اولیه بیمار در مرحله پذیرش بود. سؤالات در مقیاس لیکرت پنج گزینه‌ای، همیشه (نمره ۰)، غالباً (نمره ۱)، گاهی (نمره ۲)، به ندرت (نمره ۳) و هرگز (نمره ۴) طراحی گردید. در این تحقیق اعتبار علمی ابزار گردآوری داده‌ها با استفاده از روش‌های اعتبار کیفی (صوری، محتوایی) و کمی مورد بررسی قرار گرفت. بدین ترتیب ابزار مورد نظر بعد از تنظیم در اختیار ۱۰ نفر از اعضای هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی اصفهان قرار گرفت و پس از دریافت نظرات و پیشنهادات، اصلاحات لازم صورت گرفت. جهت تعیین روایی محتوایی به صورت کمی CVI و CVR به ترتیب ۰/۷۴ و ۰/۸۹ به دست آمد. همچنین برای تعیین پایایی ابزار مورد استفاده از روش آلفای کرونباخ استفاده گردید که پایایی آن به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به دست آمد.

پژوهشگر پس از دریافت کد اخلاق به شماره ۳۹۶۷۰۷ از کمیته تحقیقات دانشکده پرستاری و مامایی اصفهان و سپس با کسب اجازه از مسئول اتاق عمل، در ابتدای شیفت کاری وارد اتاق عمل شد و سپس اهداف پژوهش و نحوه تکمیل پرسشنامه‌ها برای نمونه‌های پژوهش توضیح داد. همچنین از پرسنل رضایت آگاهانه اخذ گردید و به شرکت کنندگان اطمینان داده شد که پرسشنامه‌ها بدون نام بوده و اطلاعات دریافتی محرمانه خواهد بود. سپس پرسشنامه‌ها بین نمونه‌های پژوهش توزیع و در پایان شیفت جمع‌آوری گردید. داده‌های حاصل از پرسشنامه وارد نرم‌افزار SPSS 21 گردید و با استفاده از روش‌های آمار توصیفی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

بیماران، پرسنل و جراحان و بیمارستان شود [۸-۹]. آمارها در کشور ترکیه نشان می‌دهد، ۱۸۹۵۰ نفر از بین ۹/۹ میلیون نفر بستری شده (۲۰۰۸) به علت خطاهای مراقبتی جان خود را در این کشور از دست داده‌اند. بررسی‌های هزینه‌ای نیز نشان داده‌اند که هزینه سالانه خطاهای پزشکی در ایالات متحده آمریکا (۲۰۰۸)، ۱۹/۵ میلیون دلار بوده است [۱۰].

اما محیط اتاق عمل به علت پیچیدگی و فعالیت بین رشته‌ای زیاد، وابستگی شدیدی به مهارت فنی، پیچیدگی در مراقبت از بیماران و پروتکل‌های درمانی، تکنولوژی پیشرفته و نیاز به سطوح بالای هماهنگی، میزان بالایی از خطا را داراست [۱۰، ۱۱]. استفاده روزافزون از تکنولوژی در تخصص‌های جراحی، پیچیدگی فرآیند جراحی را افزایش می‌دهد و ممکن است موجب افزایش میزان خطا شود [۱۲]. شانافلت و همکارانش در مطالعه‌ی خود در آمریکا میزان مرگ و میر پس از عمل را در ۷۰۰۰ مورد جراحی در یک مرکز پزشکی آکادمیک بررسی کردند که ۱۲/۶٪ از مرگ و میر پس از عمل با خطاهای انسانی پزشکی مرتبط بود [۸]. گرجی و همکارانش نیز در پژوهش خود نشان دادند که ۱۸۷ حالت خطای شناسایی شده در ۲۱ فرآیند جراحی، ۳۲٪ مربوط به فرآیندهای قبل از عمل بود همچنین وی بیان داشت که پرمخاطره‌ترین خطای شناسایی شده مربوط به پذیرش بیمار در اتاق عمل بود [۱۳]. آشکارسازی خطاها می‌تواند علاوه بر حفظ ایمنی بیمار، پیشگیری از آسیب‌های احتمالی بیمار، کاهش اثرات سوء خطا، کوتاه شدن مدت بستری بیمار، کاهش هزینه‌های مالی و پیشگیری از بروز خطاهای مشابه در آینده موثر باشد و همچنین می‌تواند یک منبع با ارزش اطلاعاتی باشد [۱۴]. بروز عوارض جراحی با ورود بیمار به اتاق عمل و کاهش خطاهای جراحی با ارزشیابی قبل از جراحی و با پذیرش بیمار در بدو ورود به اتاق عمل آغاز می‌گردد. برخی مطالعات پرمخاطره‌ترین خطاهای شناخته شده را مربوط به پذیرش بیمار در اتاق عمل می‌دانند که در این محیط، پرسنل نقش کلیدی در شناسایی و تامین ایمنی بیمار بر عهده داشته و جراحان آماده‌سازی محیط عمل جراحی را کنترل می‌کنند [۱۵-۱۴].

بنابراین شناسایی خطاهای مراقبتی اتاق‌های عمل، امری ضروری جهت کاهش عوارض و ارتقا سطح ایمنی بیماران می‌باشد. پژوهش حاضر با هدف تعیین میزان خطاها در فرآیند پذیرش بیمار در اتاق عمل‌های بیمارستان‌های منتخب دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در سال ۱۳۹۶ انجام گردید.

روش کار:

این تحقیق یک پژوهش توصیفی-مقطعی بود که به منظور بررسی میزان خطاهای مراقبتی در فرآیند پذیرش بیمار در اتاق

یافته‌ها:

در این پژوهش، ۲۱۲ عدد (۹۵/۵٪) از پرسشنامه‌ها توسط پرسنل اتاق عمل به طور کامل تکمیل شد و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در این تحقیق، ۶۸/۹ درصد نمونه‌ها را زنان و مابقی را مردان تشکیل دادند. ۳۲/۵ درصد افراد مجرد، ۶۶/۵ درصد متأهل و یک درصد نیز همسرانشان فوت کرده بودند. همچنین ۲۵٪ افراد دارای مدرک کاردانی، ۷۳/۱ درصد دارای مدرک کارشناسی و ۱/۹ درصد کارشناسی ارشد و بالاتر بودند. ۳۲/۵ درصد افراد دارای سابقه کاری کمتر از ۵ سال، ۲۴/۵ درصد بین ۵ تا ۱۰ سال، ۱۷/۵ درصد بین ۱۰ تا ۱۵ سال، ۱۲/۵ درصد بین ۱۵ تا ۲۰ سال و ۸ درصد بیشتر از ۲۵ سال سابقه

کاری داشتند. سایر یافته‌های دموگرافیک در جدول ۱ ارائه گردیده است.

یافته‌های پژوهش نشان داد که میانگین درصد خطا در فرآیند پذیرش بیمار در اتاق عمل $16/89 \pm 29/40$ درصد بود. همچنین نتایج نشان داد که پرسنل اتاق عمل به ترتیب در مواردی از جمله چک کردن مصرف دارو قبل از عمل در روز عمل جراحی، زمان ناشتا بودن بیمار، ارتباط صحیح با بیمار در هنگام پذیرش و چک کردن و گزارش دادن سوابق پزشکی و جراحی قبلی به جراح، دارای بیشترین درصد خطا بودند. کمترین میزان خطا در پذیرش بیمار نیز مربوط به چک کردن محل و سمت عمل، علامت‌گذاری محل عمل، چک کردن بیمار از نظر بهداشت، نداشتن اعضای مصنوعی و طلا و جواهرات و نداشتن لباس زیر بود. که نتایج به تفصیل در جدول ۲ به نمایش در آمده است.

جدول ۱: یافته‌های دموگرافیک

آماره	متغیر	فراوانی	درصد فراوانی
سابقه کاری	کمتر از ۵ سال	۶۹	۳۲/۵
	۵ تا ۱۰ سال	۵۲	۲۴/۵
	۱۰ تا ۱۵ سال	۳۷	۱۷/۵
	۱۵ تا ۲۰ سال	۲۷	۱۲/۷۵
	۲۰ تا ۲۵ سال	۱۰	۴/۷۵
میزان اضافه کاری	۲۵ سال بالاتر	۱۷	۸
	ندارم	۶۸	۳۲/۱
	کمتر از ۵۰ ساعت	۸۸	۴۱/۵
	۵۰ تا ۱۰۰ ساعت	۲۸	۱۳/۲۵
	بیش از ۱۰۰ ساعت	۲۸	۱۳/۲۵
نوع شیفت	در گردش	۱۴۲	۶۷
	صبح	۱۰	۴/۷
	صبح/عصر	۵۹	۲۷/۸۵
	شب	۱	۰/۴۵

جدول ۲: میانگین نمره و درصد فراوانی خطاها در پذیرش بیمار

ردیف	موارد خطا در پذیرش بیمار در اتاق عمل	نمره خطا	درصد خطا
۱	ارتباط صحیح پرسنل با بیمار در هنگام پذیرش	۱/۵۹	۳۹/۷
۲	چک کردن مشخصات بیمار و مطابقت با دستبند بیمار	۰/۵۹	۱۴/۷
۳	چک کردن برگه‌های مراقبت‌های قبل از عمل و برگه داروهای مصرفی روز گذشته	۱/۵۳	۳۸/۲
۴	چک کردن رزرو خون، آزمایشات، گرافی‌ها، تعداد آن و برگه‌های مشاوره	۱/۴۹	۳۷/۲
۵	چک کردن و گزارش دادن سوابق پزشکی و جراحی قبلی به جراح	۱/۵۹	۳۹/۷
۶	چک کردن و گزارش سوابق دارویی، حساسیت و آلرژی بیمار به جراح	۱/۴۷	۳۶/۷
۷	چک کردن بیمار از نظر بهداشت، نداشتن اعضای مصنوعی، طلا و جواهرات، نداشتن لباس زیر	۰/۴۸	۱۲
۸	چک کردن محل و سمت عمل و علامت‌گذاری محل عمل	۰/۴۶	۱۱/۵
۹	چک کردن فرم رضایت جراحی، خطرات ناشی از جراحی، تاریخ رضایت، نسبت فرد رضایت دهنده، اثر انگشت بیمار و ولی قانونی وی	۰/۸۵	۲۱/۲
۱۰	چک کردن مصرف دارو قبل از عمل در روز عمل جراحی و زمان NPO بودن بیمار	۱/۶۱	۴۰/۲
۱۱	بررسی وضعیت سونداژ (مثانه، معده و ...) و درن‌های بیمار را در بدو ورود به اتاق عمل	۱/۳۱	۳۲/۷

* نمره خطا از صفر تا ۴ می باشد.

بحث:

(Wrong side)، با ۴/۳ درصد، رخ داده است [۱۷]. در پژوهش روگزر و همکارانش نیز از ۲۵۸ خطای شناسایی شده فقط ۸ مورد مربوط به سمت یا بیمار اشتباه بود [۱۸]. همچنین در تحقیق اوک و همکاران فقط ۳/۶ درصد موارد از خطاها مربوط به خطا در شناسایی سمت جراحی بود [۱۹] که نتایج هر سه بررسی، همسو با این پژوهش کم بودن میزان خطا در این موارد ذکر شده را نشان می‌دهد. پایین بودن میزان خطا در سمت غلط یا بیمار اشتباه در این بررسی و تحقیقات مشابه می‌تواند به علت حساسیت زیاد پرسنل و مسئولین اتاق عمل روی این موضوع و بیشتر بودن عواقب خطرناک این مسأله نسبت به موارد دیگر در فرآیند پذیرش باشد.

نتیجه‌گیری:

تحقیق حاضر به بررسی خطاهای پرسنل اتاق عمل در قبل از جراحی و فرآیند پذیرش بیمار پرداخته است. با توجه به بالا بودن میزان خطا در فرآیندهایی مثل چک کردن دستورات قبلی پزشکان، وضعیت داروهای تجویز شده برای بیماران قبل از عمل، بررسی وضعیت ناشتا بودن بیماران و چک کردن رزرو خون، آزمایشات، گرافی‌ها و برگه‌های مشاوره پیشنهاد می‌شود. پرسنل و مسئولین اتاق عمل، در راستای کاهش میزان خطا و بالاتر رفتن سطح ایمنی بیماران آموزش‌های بیشتر و جامع‌تر و حساسیت بالاتری به کار بندند.

تشکر و قدردانی:

مقاله حاضر برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد اتاق عمل مصوب با کد ۳۹۶۷۰۷ در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان است. بدین وسیله از تمامی پرسنل اتاق‌های عمل و مسئولان بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اصفهان که در انجام این تحقیق همکاری کردند، سپاسگزاری می‌گردد. همچنین از معاونت پژوهشی دانشگاه جهت تأمین بودجه، تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

تعارض منافع:

نویسندگان هیچگونه تعارض منافی را ذکر نکردند.

این تحقیق با هدف بررسی خطاها در مراقبت‌های جراحی در فرآیند پذیرش بیمار در اتاق عمل انجام گردید. نتایج این پژوهش نشان داد که میانگین کلی میزان خطا در فرآیند پذیرش بیمار ۲۹/۴۰ درصد بود. در این زمینه تحقیق کوهن در آمریکا نشان داد که میزان بروز موارد نزدیک به خطا (Near Misses)، در اتاق نگه دارنده و پذیرش ۳۵ درصد است. همچنین گرچی و همکارانش نیز در پژوهش خود نشان دادند که از ۱۸۷ حالت خطای شناسایی شده در ۲۱ روش جراحی، ۳۲ درصد موارد مربوط به فرآیندهای قبل از عمل بود که نتایج حاصر تقریباً با هر دو پژوهش از نظر آماری نزدیک و همسو می‌باشد. اما بررسی ساموئل و همکارش در کشور بلژیک بر خلاف این تحقیق این میزان را بسیار کمتر و حدود ۱۵ درصد گزارش می‌کند. به نظر می‌رسد تفاوت نتایج این بررسی با پژوهش حاضر به دلیل تفاوت سطح آموزشی به پرسنل و مدیریتی در این دو محیط پژوهشی باشد [۱۵-۱۶].

نتایج این پژوهش نشان داد میزان خطا به ترتیب در مواردی از جمله چک کردن مصرف دارو قبل از عمل در روز عمل جراحی و زمان ناشتا بودن بیمار ۴۰/۲ درصد، ارتباط صحیح با بیمار در هنگام پذیرش ۳۹/۷ درصد بود که به نظر می‌رسد درصد بالای خطا در مواردی ذکر شده در این بررسی و تحقیقات مشابه می‌تواند به علت حساسیت کمتر پرسنل و مسئولین اتاق عمل و از طرف دیگر خطر آفرینی کمتر این موارد از خطاها نسبت به بقیه موارد پذیرشی بیمار در اتاق عمل باشد.

نتایج این پژوهش نشان داد که در مورد چک کردن و گزارش دادن سوابق پزشکی و جراحی قبلی به جراح ۳۹/۷ درصد، دارای بیشترین درصد خطا بودند که این مسأله همسو با بررسی گرچی و همکارانش بوده که بیشترین میزان بروز خطا مربوط به چک دستورات پزشکی قبل از عمل با ۴۰/۲ درصد، گزارش شده بود [۱۶].

در این پژوهش کمترین میزان خطا مربوط به چک کردن محل و سمت عمل جراحی با ۱۱/۵ درصد بود. چک کردن بیمار از نظر نداشتن اعضای مصنوعی و طلا و جواهرات و نداشتن لباس زیر نیز از مواردی بودند که پرسنل کمترین موارد مربوط به خطا را در مورد آن ذکر کردند. تحقیق کوهن در آمریکا نیز نشان داد که کمترین میزان خطا مربوط به بیمار اشتباه (Wrong patient)، با ۳/۱ درصد و سپس مربوط به اشتباه در سمت جراحی

References:

1. Medicin M. mal practice [cited May 2008]. Available at URL: <http://www.nursing-hom-malpractice.com>.
2. Yang YT, Henry L, Dellinger M, Yonish K, Emerson B, Seifert PC. The circulating nurse's role in error recovery in the cardiovascular OR. *AORN journal* 2012; 1; 95(6):755-62.
3. Cuschieri A. Nature of human error: implications for surgical practice. *Annals of surgery* 2006; 244(5):642.
4. Zabihirad J, Zabihirad J., Mojdeh S., Shahriari M. Nurse's perioperative care errors and related factors in the operating room. *Electronic Journal of General Medicine* 2019; 16(2):em132. doi:10.29333/ejgm/94220.
5. D'Addressi A, Bongiovanni L, Volpe A, Pinto F, Bassi P. Human factors in surgery: from Three Mile Island to the operating room. *Urologia internationalis* 2009; 83(3):249-57.
6. Ugur E, Kara S, Yildirim S, Akbal E. Medical errors and patient safety in the operating room. *Age* 2016; 33(6.53):19-50.
7. Eslami S, Abu-Hanna A, De Keizer NF. Evaluation of outpatient computerized physician medication order entry systems: a systematic review. *Journal of the American Medical Informatics Association* 2007; 14(4):400-406.
8. Shanafelt TD, Balch CM, Bechamps G, Russell T, Dyrbye L, Satele D, et al. Burnout and medical errors among American surgeons. *Annals of surgery* 2010; 251(6):995-1000.
9. Candas B, Gürsoy A. Patient safety in operating room: Thoughts of surgery team members on implementing the Safe Surgery Checklist (An example from Turkey). *Perioperative Care and Operating Room Management* 2016; 5:1-6.
10. Pinheiro JPA, de Sousa Uva A. Safety climate in the operating room :Translation, validation and application of the Safety Attitudes Questionnaire. *Revista portuguesa de saúde pública* 2016; 34(2):107-16.
11. Christian CK, Gustafson ML, Roth EM, Sheridan TB, Gandhi TK, Dwyer K, et al. A prospective study of patient safety in the operating room. *Surgery* 2006; 139(2):159-73.
12. Weerakkody RA, Cheshire NJ, Riga C, Lear R, Hamady MS, Moorthy K, et al. Surgical technology and operating-room safety failures: a systematic review of quantitative studies. *BMJ Qual Saf* 2013; 22(9):710-8.
13. Gorji HA, Ravaghi H, Pirouzi M, Mansourzade A. Utilizing Integrated Prospective and Retrospective Risk Analysis Method on General Processes Patient Flow in Operating Room in Seyed Alshohada Hospital in Semirom, Iran. *Health Inf Manage* 2013; 10(3):1-10.
14. Ehsani SR, Cheraghi MA, Nejati A, Salari A, Esmaeilpoor AH, Nejad EM. Medication errors of nurses in the emergency department. *Journal of medical ethics and history of medicine* 2013; 6:11.
15. Blakemore LC, Perez-Gruoso FJ, Cavagnaro M, Shah SA. Preoperative evaluation and decreasing errors in pediatric spine surgery. *Spine Deformity* 2012.
16. Somville F, Van Sprundel M, Somville J. Analysis of surgical errors in malpractice claims in Belgium. *Acta Chirurgica Belgica* 2010; 110(1):11-8.
17. Cohoon B. Causes of near misses: perceptions of perioperative nurses. *AORN journal* 2011; 93(5):551-65.
18. Rogers Jr SO, Gawande AA, Kwaan M, Puopolo AL, Yoon C, Brennan TA, et al. Analysis of surgical errors in closed malpractice claims at 4 liability insurers. *Surgery* 2006; 140(1):25-33.
19. Oak S, Dave N, Garasia M, Parelkar S. Surgical checklist application and its impact on patient safety in pediatric surgery. *Journal of postgraduate medicine* 2015; 61(2):92.

Evaluation of Human Errors in Patient-Admission Procedure in Operative Room in Selected Hospitals of Isfahan University of Medical Sciences in 2017-2018

Saeed Jazini Dorcheh¹, Mohammad Ghasembandi², Jaber Zabihirad^{3*}

Received: 2019/06/30

Revised: 2019/10/27

Accepted: 2019/10/30

1. MSc in Operating room, Surgical Technologist of operation room of Hojjat Ebn-al- Hassan Asgari Hospital of Isfahan, Iran
2. Msc In Operating Room, Department Of Operating Room, Faculty member Of Nursing And Midwifery, Kashan University Of Medical Sciences, Kashan, Iran.
3. MSc in Operating Room, Operating Room department, Faculty member of Medicine Sciences, Islamic Azad university of Aligudarz Branch, Aligudarz, Iran

Journal of Education and Ethics in Nursing, Vol.8, No.3&4, Fall & Winter 2020

J Educ Ethics Nurs 2020;8(3&4):1-6

Abstract:

Introduction:

Surgery has played a major role in medical centers in the world. The operating room staff are required to take care of patients undergoing surgery. However, staffed with diligence and commitment, are likely to make mistakes in their professional tasks. Detection of errors and mistakes is recognized as the basis for maintaining and improving patient safety. One of the most sensitive and hazardous times in operating room is admitted of the patients. Therefore, the present study was aimed at investigating the errors in the patient admission process in the operating room.

Methods and Materials:

This descriptive-sectional study was conducted in the operating rooms of selected hospitals of Isfahan University of Medical Sciences in 2018-2019. The research instrument was a researcher-made questionnaire including demographic information and 11 questions concerning errors in the patient's admission process. Data were entered into SPSS-21 and analyzed by descriptive statistical tests.

Result:

212 people completed the questionnaire and the mean error in the patient admission process in the operating room was 29.39%. The highest scores were related to the patient's fasting time by 40.2% and correct relationship with the patient during the admission by 39.7%, and check the site of surgery had lowest score (11.5%).

Conclusion:

Given the incidence of errors in the patient admission process in the operating room, which can pose problems and risks, operating room personnel and personnel should take the necessary measures to eliminate and reduce these errors.

Keywords: Medical Error, Operating Room, Preoperative Care

* Corresponding author Email: radjaber@yahoo.com